

Formulaire d'adhésion 2010-2011

Le membre régulier : Cette catégorie s'adresse aux **usagers-ères en emploi, aux professionnels et aux intervenants** de tous les niveaux.

La cotisation est établie à 65 \$.

Le membre associé : Cette catégorie s'adresse aux **usagers-ères sans emploi, proches ou étudiant-e-s**.

La cotisation est établie à 5 \$ pour les usagers-ères qui sont sans emploi.

La cotisation est établie à 40 \$ pour les proches ou les étudiant-e-s.

Le membre corporatif * : tout organisme communautaire, institutionnel ou privé qui partage les buts de l'Association

Nom : _____

Organisme : _____

Principal type de services offerts par l'organisme : _____

Profession ou fonction : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Télécopieur : (____) _____

Téléphone au travail : (____) _____ (résidence) : (____) _____

Courriel _____@_____

Section réservée aux membres corporatifs

Nom du directeur général de l'organisme : _____

Nombre d'employés : _____ Nombre de clients : _____ Année de fondation : _____

Organisme (communautaire, institutionnel, privé) :

Budget annuel : _____

J'inclus la cotisation de : _____ **Signature autorisée**

- La cotisation de l'organisme est calculée en fonction du budget annuel dévolu à la santé mentale

Budget annuel en santé mentale (\$)	Tarif (\$)	Budget annuel en santé mentale (\$)	Tarif (\$)
Moins de 100 000	100	1 000 001 à 1 500 000	400
100 001 à 200 000	150	1 500 001 à 2 000 000	500
200 001 à 300 000	190	2 000 001 à 5 000 000	625
300 001 à 500 000	225	Plus de 5 000 000	1625
500 001 à 1 000 000	290		

S.V.P. retournez ce formulaire et votre chèque à :

AQRP, 184, rue Racine, bureau 307

Québec, Qc G2B 1E3

Téléphone : 418 842-4004

Courriel : aqrp@qc.aira.com

Télécopieur: 418 842-4334

www.aqrp-sm.org

Montant inclus (Hors Canada, ajouter 25 %): _____